#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 952

##### Ф.И.О: Широкова Алла Ильинична

Год рождения: 1939

Место жительства: г. Запорожье ул. Чумаченко 34/43

Место работы: пенсионер, инв II гр

Находился на лечении с 17.07.18 по  02.08.18 в диаб. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации. Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). Диабетическая ангиопатия артерий н/к. ХБП III ст. Диабетическая нефропатия III ст. ИБС, постинфарктный (1994) кардиосклероз. СН II А ф.кл Ш. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст смешанного генеза, церебрастенический, вестибуло-атактический с-м. Почти зрелая катаракта OS. Незрелая катаракта ОД. Хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, снижение веса на 5 кг за год, отсутствие зрения слева, боли в н/к, судороги, онемение ног,

Краткий анамнез: СД выявлен в 2000г. Комы отрицает. С начала заболевания принимала ССП. (новонорм). С 2008 принимает амарил. В 07.2018 добавлен диаформин. В наст. время принимает: амарил 4 мг утром + диаформин 1000 мг 2р/д Гликемия –17 ммоль/л. НвАIс – 12,6 % от 07.2018 . Повышение АД в течение 20 лет. Принимает предуктал MR 1т 2р/д, торвакард 20 мг, кардиомагнил, эплетор 25 мг, бритамар 5 мг утром. Тропонин – отр от 17.07.18. Госпитализирована в обл. энд. диспансер для коррекции ССТ, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.07 | 135 | 4,1 | 5,3 | 15 | |  | | 2 | 1 | 58 | 34 | | 5 | | |
| 01.08 | 124 | 4,08 | 6,2 | 24 | |  | | 1 | 2 | 62 | 30 | | 5 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.07 | 46,0 | 4,0 | 1,8 | 1,35 | 1,82 | | 2,0 | 5,2 | 91 | 13,5 | 3,2 | 2,6 | | 0,13 | 0,32 |

18.07.18 К – 4,3 ; Nа 146– Са++ -1,1 С1 – 101 ммоль/л

23.07.18 АЧТЧ – 28,4 МНО -0,92 ПТИ – 109 фибр – 4,0.

### 18.07.18 Общ. ан. мочи уд вес 1011 лейк –8-12 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -1-2 ; эпит. перех. - в п/зр

20.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 67500 эритр – 750 белок – отр

26.07.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк – 1500 эритр – 750 белок – отр

19.07.18 Суточная глюкозурия – 2,72%; Суточная протеинурия – отр

##### 20.07.18 Микроальбуминурия – 50,0мг/сут

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Гликемический  профиль | 8.00 | 11.00 | 16.00 | 20.00 |
| 18.07 | 9,9 | 14,1 | 14,9 | 16,1 |
| 21.07 | 8,1 | 8,1 | 8,6 | 12,2 |
| 24.07 | 7,4 | 8,8 | 11,0 | 12,6 |
| 26.07 | 6,8 | 11,8 | 12,6 | 13,0 |
| 28.07 | 7,1 | 7,3 | 13,2 | 12,5 |
| 31.07 | 5,6 | 8,8 | 13,1 | 11,8 |
| 01.08 |  |  | 7,6 | 7,6 |
| 02.08 | 4,8 |  |  |  |

18.07.18Невропатолог: Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 4, NDS 4). ДЭП II ст, сочетанного генеза, церебрастенический, вестибулоатактический с-м.

24.07.18Окулист: VIS OD= 0,2 н/к OS=0,02 н/к ;

Помутнения в хрусталиках ОИ Гл. дно: под густым флером, больше слева. ОД - ДЗН бл. розовый, гр четкие, атрофия хориоидеи, ангиосклероз. Д-з: Почти зрелая катаракта OS. Незрелая катаракта ОД.

16.07.18 ЭКГ: ЧСС -109 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый, тахикардия. Эл. ось отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. блокада передней ветви ЛНПГ. Рубец перегородочной области. Аневризмы в области рубца?

27.07.18 ЭКГ: ЧСС -70 уд/мин. Вольтаж снижен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Блокада передней ветви ЛНПГ. Гипертрофия левого желудочка, признаки «перегрузки». Рубец перегородочной области.

18.07.18Кардиолог: ИБС, постинфарктный ( 1994) кардиосклероз. СН II А ф .кл Ш. Гипертоническая болезнь II стадии 3 степени. Риск 4.

Рек. кардиолога: аспирин кардио 100 мг 1р/д, эплепрес 2,5 мг 1р/д, бисопролол 2,5 мг 1р/д, нолипрел форте 1т 1р/д. предуктал MR 1т 2р/д Контроль АД, ЭКГ. Дообследование: ЭХО КС по м/ж.

24.07.18Ангиохирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к.

23.07.18РВГ: объемное пульсовое кровенаполнение артерий н/к умеренно снижено. II - Шст Тонус крупных артерий н/к слегка повышен. Тонус артерий среднего и мелкого калибра н/к умеренно снижен. Периферическое сопротивление сосудов н/к умеренно повышено. Симметрия кровенаполнения сосудов н/к незначительно нарушена.

23.07.18 Нефролог: . ХБП Ш (СКФ 46 мл/мин) Диабетическая нефропатия , пиелонефрит, обострение. Рекомендовано: а/б терапии - норфлоксацин 400 мг 1т 2р/д 7 дней. флуконазол 50 мг 3р/д 1 мес. В дальнейшем канефрон 2т 3р/д 1 мес. Контроль ОАК, мочи по Нечипоренко.

29.07.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V = 9,0см3; лев. д. V = 7,2 см3. Закл.: Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы

Лечение: сермион, вестибо, нейрорубин, нуклео ЦМФ, норфлоксацин, флуконазол, Инсуман Базал, амарил, диаформин, бисопролол, вазилип, предуктал MR, эплетор, бритамар, нолипрел, диалипон, солкосерил

Состояние больного при выписке: Пациентке назначена комбинированная ССТ Уровень гликемии соответствует целевым значениям. АД 110/80 мм рт. ст. Выдана 1 шприц ручка All Star по медицинским показаниям, согласно постановлению № 239 от 23.03.16 п. 4.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
3. Целевые уровни гликемии: натощак <7,0ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
4. Инсулинотерапия: Инсуман Базал п/з-22 ед., п/уж -12 ед.,

метформин (диаформин, сиофор, глюкофаж) 500мг - 1т. \*2р/сут.

1. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
2. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
3. Гипотензивная терапия: нолипрел форте 1т, бритамар 5 мг утром, эплетор 25 мг утром, предуктал MR 1т 2р/д., бисопролол 2,5 мг утром. Контр. АД.
4. Диалипон 600 мг/сут. 2-3 мес.
5. Рек нефролога: Канефрон 2т 3р/д 1 мес с контролем ОАМ, ОАК, ан. мочи по Нечипоренко.
6. Рек невропатолога : сермион 30 мг 1р/д ,вестибо 24 мг 2р/д, УЗД МАГ в планом порядке.
7. По достижении ремиссии хронического пиелонефрита, повторить анализ мочи на микроальбуминурию и уточнить ст. диаб. нефропатии.

Леч. врач Костина Т.К.

Зав. отд. Еременко Н.В.

Гл. врач Черникова В.В.